

BARTÓK ADRIENN

Száz éve történt, avagy a kígyó a farkába harap

A magyarországi gyógyszerészet történetét tanulmányozva sokszor támad olyan érzése az embernek, hogy hiába néhány rendszerváltás, hiába az eltelt idő, semmi nem változott száz-kétszáz-háromszáz év alatt. Előadásomban az 1876-os közegészségügyi törvény, és a 2006. évi XCVIII. törvény által létrehozott helyzet közötti párhuzamokat szeretném bemutatni. Szembetűnőek a hasonlóságok a 19. századi és a mai szakmapolitikai kérdések között. Ennek egyik fő motívuma a tulajdonosok és az alkalmazottak közötti érdekkülönbségek.

Megállapítható, hogy a gyógyszerészeti körökön kívüli, jórészt a tulajdonosok ellen irányuló reformtörekvések a pártpolitikai küzdelmekben fontos szerepet tölthettek/töltenek be. A közegészségügyi helyzet javítására irányuló szándék, mely többnyire külső befektetői érdekeket képvisel, minden korban fontos eszköz a pártok politikai, közjogi harcaiban.

A magyarországi gyógyszerészet történetét tanulmányozva sokszor támad olyan érzése az embernek, hogy hiába néhány rendszerváltás, hiába az eltelt idő, semmi nem változott száz-kétszáz-háromszáz év alatt.

Cikkemben az 1876-os közegészségügyi törvény, és a 2006. évi XCVIII. törvény által létrehozott helyzet közötti párhuzamokat szeretném bemutatni. Gyakorló gyógyszerészként, és gyógyszerészettörténettel foglalkozó Ph.D. hallgatóként is szembetűnőnek találom a hasonlóságokat a 19. századi és a mai szakmapolitikai kérdések között.

AZ 1876-OS KÖZEGÉSZSÉGÜGYI TÖRVÉNY

A hazai orvostudományok élenjáró személyiségei (BALOGH KÁLMÁN, JENDRASSIK JENŐ, KORÁNYI FRIGYES, MARKUSOVSKY LAJOS) FODOR JÓZSEF vezetésével olyan törvényt akartak szerkeszteni, amely megfelel a nyugati ipari államok szintjének, ugyanakkor kiegészítve a kor tudományos eredményeivel meg is haladja azt. Az 1876. évi XIV. törvénycikk haladó szellemét igazolja, hogy majd egy évszázadon keresztül volt hatályban, csak az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény váltotta fel.¹ A haladó szellem egyben a hátránya is volt, mert elszakadva a realitásoktól nem számolt az ország akkori teherbíró képességével. Sem az anyagi, sem a személyi feltételei nem voltak meg annak, hogy a törvény követelményei érvényre jussanak.² A törvény nyomán sok minden épült, fejlődött a kiegyezéstől az I. Világháborúig, de messze nem elég sem az igény, de még csak a lehetőségek oldaláról mérve sem.³ A dualista Magyarország falvaiban jórészt végrehajthatatlanok voltak a közegészségügyi jogszabályok, mert a lakosság azok célját nem értette, szükségességét nem érezte át.⁴

A gyógyszerterek száma harminc év alatt közel a duplájára nőtt 1880-1790 között, a törvény életbe lépése utáni időszakban.

1. táblázat. Közforgalmú gyógyszerárak számának alakulása

Év	Gyógyszertárak száma
1800	210
1830	390
1870	730
1880	890
1890	1170
1900	1500
1910	1790

(Forrás: Kempler Kurt: A magyarországi gyógyszerészet a századfordulón 1888-1914, 39.

A törvény XVI. fejezetének első mondata leszögezte: „A gyógyszerészet, mint közegészségügyi intézmény, az állam felügyelete alatt áll”. A 128.§ sorolta át a kereskedelemről az egészségügyi intézményekhez a gyógyszertárakat, amelyek „állami engedély folytán felállított közegészségügyi intézetek, s mint ilyenek az iparüzletek sorába nem tartoznak”⁵. Ettől azonban a gyógyszertáraknak sem ipari, sem kereskedelmi funkciói nem szűntek meg egészükben, ugyanakkor egészségügyi intézmény jellegük sem dominált egy csapásra.

GYÓGYSZERÉSZI REFORMTÖREKVÉSEK

A gyógyszerészet terén számos javaslat született az 1876-os törvény revíziójára, melyek megvalósulását a megosztottság, az ellentétes érdekviszonyok megakadályozták. A döntés-előkészítésben résztvevők ragaszkodtak a sajátjukkal együtt a gyógyszerészet privilégiumainak érintetlen megőrzéséhez. Nem voltak tekintettel a társadalmi elvárásokra, így külső elgondolások kerültek felszínre, melyek nem ismerték a gyógyszerészet sajátos helyzetét. A gyógyszerészeti körökön kívüli reformtörekvések, melyek jórészt a tulajdonosok ellen irányultak, a pártpolitikai küzdelmekben fontos szerepet tölthettek be.

Az érdekellentétek egyik fő motívumát alkották a tulajdonosok és az alkalmazottak közötti érdekkülönbségek. A tulajdonosok a gyógyszertárak számának korlátozásában, az alkalmazottak viszont a megpályázható új személyi jogosítványok növekvő számában voltak érdekeltek. A segédek felemelkedési lehetősége korlátozott volt, ugyanakkor egyre kevesebb segédnek volt lehetősége az önállósodásra. A diplomás tulajdonos és a diplomás segéd között felelősségben nem tettek különbséget az akkori törvények. A nehéz munkakörülmények, a rabszolgaságszerű munkaidő vezetett 1914-ben a segédek sztrájkjához.⁶

A reformtörekvések 1943-ban öltöttek testet törvényjavaslat formájában, de a háború megakadályozta ezek elfogadását⁷, hivatalossá csak az 1948. évi XXX. tv. tette ezeket. A beterjesztéskor ugyan nem hivatkoztak a 43-as jogszabálytervezetekre, de nagymértékben azonosnak tűnnek ezekkel.

1948-2006

„Az 1948-as törvényjavaslatnak célja, hogy a demokratikus elveket a gyógyszerészet intézményében is érvényesülésre juttassa, a közönség megbízható és jó gyógyszerellátását lehetővé tegye, és egyben a gyógyszerészek szociális kérdéseit rendezze. Mindezt pedig a tiszta koncessziós rendszer biztosítja.

Ennek érdekében kívánta a törvényjavaslat a koncessziós rendszer eddigi vegyes alakzatát megszüntetni, és a helyébe egy olyan tiszta koncessziós rendszert bevezetni, amely a népi demokrácia

követelményeinek megfelel. Ennek szükségszerű előfeltétele azonban a jogosítvány elidegenítésének, átörökítésének és átruházásának tilalma.”⁸

Ezért a javaslat egyrészt a személyjogú gyógyszerári jogosítványok átruházásának lehetőségét, másrészt az elidegeníthető reálgyógyszerári jogosítványokat megszünteti.

Az előző tapasztalatok szerint az, hogy egy-egy gyógyszerár forgalmi körzetéhez 5000 főnyi lakosság tartozik, általában alkalmas arra, hogy a gyógyszertárak minél nagyobb számához fűződő közegészségügyi érdeket összeegyeztesse azzal az ugyancsak közegészségügyi érdekekkel, hogy a gyógyszerek hozzáférhetősége a gyógyszerár-színvonal alacsonyan tartása mellett biztosítva legyen.⁹⁻¹⁰

Nem sokkal az 1948-as törvény életbe lépése után a Magyar Dolgozók Pártja elvi döntése alapján az Elnöki Tanács 1950. július 28-án megjelent törvényerejű rendelete intézkedett a „közforgalmi gyógyszertárak állami tulajdonba vételéről”. A rendelet bevezetője kimondja:

„A dolgozók egészségügyi ellátásának megjavítása ötéves népgazdasági tervünk egyik fontos feladata. E feladat ellátása végett állami tulajdonba kell venni a magánkézen lévő közforgalmú gyógyszertárakat. Az állami tulajdonba vétel az eddigi egyéni érdekek szerint vezetett gyógyszertárakat népünk egészségvédelmének szolgálatába állítja.”

Ennek megfelelően 1950. július 28-án délelőtt az ország összes gyógyszerárát államosították. Az államosítást rajtaütésszerűen és drasztikus eszközökkel hajtották végre. Felleltározták a raktárkészletet, átvették a felszerelést, berendezést, és államosításra kerültek a gyógyszerészek házingatlanai is. Így e réteget anyagilag tönkretették. Ráadásul senki sem maradhatott eredeti helyén. A fővárosban, ahol volt alkalmazott gyógyszerész, ott ő lett az új vezető, a tulajdonosokat máshova helyezték, általában beosztotti munkakörbe. Vidéken pedig, az államosítást követően kényszer-költöztetés formájában, kicserélték a kollégákat.¹¹

Az államosított gyógyszertárak képezték az állami gyógyszerészet alapját. Csak 40 évvel később, a Magyar Gyógyszerészi Kamara 1990. június 2-i küldöttgyűlésén jelentették be, hogy a kormány az 1950. évi államosítást törvénytelennek tekinti.

Az államosítást követően az 1948. évi XXX. törvényt miniszteri rendeletekkel módosították, nagyrészt hatálytalanították.¹² Az állami gyógyszertárak létesítését, működtetését, megszüntetését és áthelyezését rendeletek szabályozták. Egy-egy megye gyógyszertárai tartoztak egy gyógyszerári központhoz. Az egészségügyi intézmény jelleg megmaradt, de a tulajdonosi, gazdasági, működtetési és felelősségi formák eltértek a századok alatt kialakult joggyakorlattól.

Az egészségügyről szóló 1972. évi II törvény szűkszavúan szabályozta a gyógyszerellátást. A törvény 2.§-a az egészségügy körébe tartozó feladatokat határozta meg, és ezek egyikeként nevezi meg a gyógyszerellátást.¹³

A rendszerváltással egy időben megalakult a Magyar Gyógyszerész Kamara, amelynek keretében a gyógyszerésztársadalom egyik sürgős feladatának tekintette a gyógyszerellátás újraszabályozását és a gyógyszertárak magánosítását. Ezt követően született meg a gyógyszertárak létesítéséről és működésük egyes szabályairól szóló 1994. évi LIV. törvény. A törvény alapjaiban az 1948-as törvény felújítása az Európai Közösség vonatkozó irányelveinek figyelembe vételével. A törvény visszaállítja a személyes gyógyszerár-működtetési jogot, valamint az új gyógyszerár létesítéséhez, a meglévő és a létesítendő gyógyszertárak egzisztenciájára tekintettel, demográfiai és geográfiai kritériumokat ír elő. (5000 lakos, egymástól való távolság, működési körzet).¹⁴

A gyógyszerügy szabályozására először 1998-ban készült törvény hazánkban. Az 1998. évi XXV. törvény az emberi felhasználásra kerülő gyógyszerekre nézve a gyógyszer kiszolgáltatás monopóliumát a gyógyszertáraknak adja.¹⁵

A fenti törvények megalkotói a szakmai érdekeket, a gyógyszerár-tulajdonosok tisztas megélhetését tartották szem előtt. A közegészségügyi helyzet javítására irányuló szándék, mely

többnyire külső befektetői érdekeket képvisel, azonban napjainkban is fontos eszköz a pártok politikai, közjogi harcaiban. Ennek testet öltött formája a 2006. évi XCVIII. törvény a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól.¹⁶ Érdemes kiemelni a jogalkotó „nemes” szándékait a törvény bevezetőjéből.

„Az Országgyűlés

- *figyelembe véve, hogy a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök különleges szerepet töltenek be az egészségi állapot megőrzésében, a betegségek megelőzésében, felismerésében, illetve gyógyításában, az életminőség javításában,*
- *tekintettel arra, hogy a betegségek megelőzésére való törekvések sikere esetén sem küszöbölhetők ki a megbetegedésekből adódó egyéni esélykülönbségek, és e különbségek csökkentése érdekében szükség van a méltányosságot, igazságosságot és hatékonyságot megvalósító állami szabályozásra,*
- *felismerve, hogy fontos társadalmi érdek a gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközökre fordított társadalombiztosítási és egyéni kiadások gazdaságilag is hatékony felhasználása,*
- *meggyőződve arról, hogy korszerű egészségügy nem valósítható meg a gyógyszerészet átalakulása nélkül, s hogy ennek az átalakulásnak a hazai hagyományokra, a nemzetközi előírásokra és gyakorlatra kell támaszkodnia,*
- *felismerve, hogy a gyógyszergyártás iparszerűvé válása és a kereskedelem gyakorlata, a megváltozott fogyasztói szokások és igények, továbbá az információs technológia fejlődése érdemi változásokat idézett elő a gyógyszerek kiskereskedelmi forgalmazásában,*
- *figyelemmel arra, hogy az államnak garanciális szabályokkal is biztosítania kell, hogy a gyógyszerek biztonságosan, megfelelő helyen, időben és választékkal álljanak a betegek rendelkezésére,*
- *elismerve, hogy a gyógyszereket a betegség miatt kiszolgáltatott, megfelelő szakismerettel nem rendelkező személyek vásárolják és a gyógyszert fogyasztók védelme érdekében elengedhetetlen követelmény, hogy a gyógyszerek forgalmazásában az általános kereskedelmi szabályoktól eltérő szigorúbb szabályok érvényesüljenek,*
- *szem előtt tartva, hogy a gyógyszer-kiskereskedelem sajátosságait figyelembe vevő szabályozott verseny kedvez a gyógyszer-fogyasztóknak, javítja a hozzáférést és az ellátás minőségét, az alábbi törvényt alkotja.”¹⁷*

A törvény 49.§-a határozza meg az új közforgalmú gyógyszertár létesítésének feltételeit.

A (2) bekezdés a)-c) pontja fenntartja a patikák közti 250-300 méteres kötelező távolságot, és az 5000 fős lakossági korlátot, ugyanakkor a (3) bekezdés el is törli ezt, ha az újonnan létesülő gyógyszertár teljesíti az alábbi feltételeket:

„Engedélyezhető az új gyógyszertár létesítése a (2) bekezdés szerinti településen, ha a kérelmező vállalja, hogy az új közforgalmú gyógyszertár a működésének megkezdésétől számított legalább 3 évig

a) napi 24 órában nyitva tart, vagy

b) legalább heti

ba) 60 órában nyitva tart, vagy

bb) 40 órában tart nyitva és folyamatos készenlétet biztosít,

c) és a ba) és a bb) esetben a külön jogszabályban meghatározottak szerinti fekvőbetegek részére – a betegek kérésére – a gyógyszert a működés helyszínétől számított legalább 2 km-es körzetben külön díj felszámítása nélkül kiszállítja vagy gyógyszerek interneten történő rendeléséhez szükséges honlapot működtet, melynek keretében a gyógyszerek házhozszállítását biztosítja.”¹⁸

PÁRHUZAMOK

A patikák jövedelmezősége mindkét időszakban csökken.

A területi ellátottság nem javult. Az újonnan nyíló gyógyszertárak forgalmas helyeken nyíltak/nyílnak, régebben a főutcán, körutakon, manapság pedig a bevásárlóközpontok üzletsorain.

Ugyanakkor azt is megállapíthatjuk, hogy hiába a jogalkotó szándéka, a fiatal gyógyszerészek önállósodása napjainkban is korlátozott. Aki nem rendelkezik megfelelő családi háttérrel, tőkével, nem tud saját patikát alapítani, működtetni.

A munkaidő tekintetében az alábbi párhuzamok látszódnak. A 19. században nem ritkán reggel 5-től este 10-ig tartott a munkanap, maximum heti fél-egy nap kimenővel. Az éjjeli szolgálat permanens volt az összes gyógyszertárban, ami egy alkalmazott esetén, gyakorlatilag éjjel-nappali szolgálatot jelentett.¹⁹ Napjainkban a Munka Törvénykönyve védi a munkavállalót, de pl. az ügyelet finanszírozásának kérdése még mindig megoldatlan. Az újonnan nyílt gyógyszertárak hosszított hétköznapi, hétvégi nyitva tartást vállalnak, amely a szakemberhiány következtében egyre nagyobb terheket ró a gyógyszerészekre.

Szakemberek: A 19. században jellemzően a diplomás segédek és a diplomás tulajdonosok között fedezhetjük fel az ellentéteket. Nem ritkán a vidéki gyógyszertár-tulajdonosok a fővárosban vállaltak segédként munkát. Napjainkban hasonló ellentétet érzek a diplomás gyógyszerészek és a gyógyszerkiadó szakasszisztensek között. A napi gyakorlatban szinte ugyanarra a munkakörre jogosít mindkét végzettség. A nagy számban nyíló patikák, valamint a külső befektetők érdekeinek megfelelően egyre kevesebb az egy gyógyszertárra jutó gyógyszerészek száma. A munkáltató érdeke az olcsóbb munkaerő alkalmazása. Ennek megfelelően az ország egyre több pontján indult meg az asszisztens és a szakasszisztens képzés. Ügyelnünk kell, hogy a mennyiség ne menjen a minőség rovására.

Eközben megállapíthatjuk, hogy szakmai érdekképviselőt gyakorlatilag nincs, hiszen, mikor még kötelező volt a Gyógyszerész Kamarát bevonni a döntéshozatalba, sem mindig történt meg ez a kormányzat részéről.

KÜLÖNBSÉG

A leglényegesebb különbség, hogy míg az 1876-os törvény kiemelte a gyógyszertárakat az iparüzletek sorából, addig a 2006-os gyakorlatilag visszahelyezte őket oda.

Ezt a helyzetet orvosolja az előadásom elhangzása óta megjelent 2008: CVI. tv. Az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról. „A közforgalmú gyógyszertárak esetében nem minősül kereskedelmi gyakorlatnak a gyógyszerek, gyógyászati segédeszköz kiszolgáltatásakor, valamint a gyógyszerekkel kapcsolatos jogszabályban előírt tájékoztatás nyújtása során végzett egészségügyi szolgáltató tevékenység, továbbá a gyógyszerészi gondozás.” Ugyanez az ún. salátatörvény rendelkezik a gyógyszerészek doktori címéről is. Minden Magyarországon diplomát szerzett gyógyszerész jogosult a dr. pharm. rövidítésű foglalkozási doktori cím viselésére.²⁰

JÖVŐKÉP

A gyógyszerészet az elmúlt 15 évben folyamatos változásokon ment keresztül, mely változások szükségszerűségéről és jóságáról megoszlanak a szakmai és a befektetői oldal véleményei. Norvégiában, mintegy három év alatt lezajlott a gyógyszertárak négy-öt láncba való tömörülése, alig maradt független családi vállalkozás. Hosszú távon ugyanez elképzelhető hazánkban is. De akárhogyan alakuljanak a tulajdoni viszonyok, a gyógyszerész feladata, hogy egy beteg se menjen ki elégedetlenül a patikából.

Irodalom:

1. *Kempler Kurt*: A magyarországi gyógyszerészet a századfordulón 1888-1914 Budapest. 1984, A Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár kiadványa, 21-22.
2. *uo.* 25.
3. *uo.* 32.
4. *uo.* 33.
5. *uo.* 36.
6. *uo.* 71-72.
7. Törvényjavaslat a gyógyszerészetéről. (A Parlamentnek benyújtva 1943.dec.14.) In: Gyógyszerészek Zsebnaptára. 253-295. 1944.
8. 1948. XXX. törvénycikk a gyógyszerészetéről. Magyar Törvénytár. 137-170.
9. *Weil E.*: A gyógyszerészeti törvény. A gyógyszerész. 3.évf. 304-305. 1948.
10. *Reök I.*: Törvény a gyógyszerészetéről. A gyógyszerész. 3.évf. 309-313. 1948.
11. *Kata M.*: Negyven éve államosították a közforgalmú gyógyszerárakat. Gyógyszerészi Hírlap. I.évf. 8.sz. 1-2. 1990.
12. Egészségügyi jogszabályok gyűjteménye. V. köt. Budapest, 1954.
13. Gyógyszerügyre, gyógyszerészetre vonatkozó és az ezekhez kapcsolódó egyes jogszabályok gyűjteménye. Összeállította: *Marjay Zoltánné*. Paletta Press. 7-12. Budapest, 1996.
14. 1994. évi LIV. törvény. Gyógyszerügyre, gyógyszerészetre vonatkozó és az ezekhez kapcsolódó egyes jogszabályok gyűjteménye. Összeállította: *Marjay Zoltánné*, Paletta Press. 31-38. Budapest, 1996.
15. 1998. évi XXV. törvény. Magyar Közlöny 28. szám 1998. április 1-je.
16. 2006. évi XCVIII. Törvény. Magyar Közlöny 146. szám 2006. november 29. 11173-11201.
17. *uo.* 11173.
18. *uo.* 11190.
19. *Baradlay János – Bársony Elemér*: A magyarországi gyógyszerészet története Budapest. 1930. I-II. kötet II. 463.
20. 2008: CVI. tv. Magyar Közlöny 187. szám, 2008. 12. 22. (24654-79).

A szerző címe:

Thymbra-Medoswiss

Gyógyszertár, Miskolc

e-mail: bartok.adrienn@chello.hu